Rok XXVI. Kraków, 12 Marca 1887. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

O leczeniu ropni zimnych za pomocą wstrzykiwań mięszanki jodoformowéj.

Napisał

Dr. Sondermayer

operator w téjże klinice.

Leczenie ropni zimnych, zwłaszcza większych, było do niedawna słabą stroną chirurgii. W czasach przedantiseptycznych byłato choroba, w któréj lekarze trzymali się zasady *noli me tangere.* Otwarcie bowiem takiego ropnia groziło wówczas wielkiém niebezpieczeństwem choremu, z jednéj strony z powodu możliwego zakażenia rany, z drugiéj z powodu, iż powierzchnia ranna wydzielając masę ropy podkopywała tak siły chorego, iż zwykle chorzy tacy z ogólnego wyniszczenia, ze zwyrodnienia skrobiowatego narządów miąższowych ginęli. Po wprowadzeniu zasady przeciwgnilnego leczenia ran stosunki się naturalnie znacznie polepszyły. Dziś możemy ropień zimny bez obawy otworzyć, wewnętrzną jego powierzchnię, właściwe ognisko prątków gruźliczych, wyskrobać a nawet i zeszyć, a operując ściśle przeciwgnilnie możemy być prawie pewni, że rana zgoi się przez rychłozrost. Warunkiem jednak niezbędnym jest usunąć wszystko niezdrowe, usunąć zwłaszcza ognisko pierwotne, a to w wielu przypadkach jest wprost niemożliwém. Mam tu na myśli ropnie opadowe. Tu ognisko pierwotne leży znacznie wyżéj; czasem zaś nawet tak jest ukryte, iż zupełnie wynaleźć go nie możemy. Środki dawniéj tu używane okazały się albo bezskutecznemi, a nawet wręcz szkodliwemi, albo téż bardzo niepewnemi. Wiemy przecież, iż ropnie zimne same przez się mogą uledz wessaniu; nieliczne więc wyleczenia pod wpływem tego lub owego środka do tego właśnie trzeba nieraz odnieść. W tym czasie pojawił się nowy środek przeciwgnilny, pilnie przez rozmaitych chirurgów polecany, a przez niektórych wprost jako środek swoisty przeciw gruźlicy miejscowéj zachwalany — jodoform. Wówczas to prof. Mikulicz pierwszy *(Die Verwendung des Jodoforms in der Chirurgie. Wiener Klinik, I Heft,* 1882, pag. 38) począł wstrzykiwać mieszankę jodoformową do zimnych ropni. Parę lat zaledwie upłynęło od pierwszego ogłoszenia, a już metoda ta, jak literatura bieżąca dowodzi, coraz bardziéj bywa zastosowywaną, coraz więcéj znajduje zwolenników. W obec tego, zachęcony przez mego czcigodnego nauczyciela prof. Mikulicza, postanowiłem zestawić przypadki leczone w klinice krakowskiéj tą metodą.

Przez przeciąg przeszło 4 lat, w których prof. Mikulicz klinikę chirurgiczną krakowską prowadzi, było 21 przypadków tą metodą leczonych. Wszystkie przypadki leczono ambulatoryjnie, w skutek czego dokładnych historyj chorób podać nie mogę, a co więcéj o obecnym stanie 11 chorych, pomimo wszelkich starań, żadnych wiadomości nie mogłem zebrać. Pozostaje więc pewnych 10 przypadków, z tych 8 wyleczonych, dwa zaś z ujemnym wynikiem, mianowicie z wytworzeniem się przetoki. Krótki rys historyj chorób podaję na końcu. Co do wielkości ropni, to byłyto przeważnie ropnie większe od wielkości pięści do głowy dorosłego mężczyzny, co do umiejscowienia zaś to 6 ropni było usadowionych na grzbiecie, dwa na udzie, jeden z boku na klatce piersiowéj, jeden zaś poniżéj więzadła Pouparta. Co do przyczyny, to w 6 przypadkach można było wykazać gruźlicę kręgów, raz gruźlicę żebra, w 3 zaś przyczyny wyraźnéj nie można było wynaleźć. Wiek chorych przypadał przedewszystkiém na trzeci dziesiątek życia, mianowicie w 6 przypadkach, 3 razy między 10 a 20 rokiem, a raz w 50tym; u dzieci niżéj lat dziesięciu nigdy w naszéj klinice wstrzykiwań mieszanki jodoformowéj nie robiono. Ilość potrzebnych powtórzeń punkcyi była różną; u 2 chorych potrzeba było trzy razy wstrzykiwać i to u obu jama się wciąż jeszcze utrzymuje, jakkolwiek się już znakomicie zmniejszyła (przypadek VI i IX), u 4 dwukrotne wstrzyknięcie wystarczyło, u dwóch zaś już jednorazowa

punkcyja pożądany skutek wywarła; u obu zaś chorych operowanych z wynikiem ujemnym punkcyję raz tylko robiono. Co do ilości wstrzykniętéj mięszaniny to wahała się między 30 a 100 gramów — przy mniejszych ropniach mniejszą ilość wstrzykiwano, przy większych większą; w miarę naturalnie, jak się ropień zmniejszał, przy następnych punkcyjach coraz mniejszą ilość wstrzykiwano.

Objawów groźniejszych zatrucia jodoformowego ani razu nie uważaliśmy; jeden tylko chory skarżył się, iż w dniu wstrzyknięcia czuje się bardzo osłabionym i ospałym, przypady te jednak znikają już dnia następnego.

Czasu leczenia u naszych chorych dokładnie określić nie można; prawie wszyscy byli zamiejscowi i zgłaszali się do następnych wstrzykiwań później, aniżeli się im poleciło; u 2 chorych miejscowych trzymano się zasady powtarzania punkcyi co kilka tygodni.

Wstrzykiwania te w naszéj klinice robiono w ten sam sposób, w jaki je prof. Mikulicz (jak wyżéj) w rozprawie o jodoformie podał. Po dokładnem oczyszczeniu pola operacyjnego mydłem, a następnie rozczynem sublimatu 1‰ robiono punkcyję za pomocą igły średniéj grubości z aspiratora Potaina albo Dieulafoya i to przy ropniach o skórze jeszcze zupełnie prawidłowéj na szczycie tegoż, przy ropniach zaś ze skórą już zcieńczałą na boku w miejscu, gdzie skóra jeszcze była zdrową. Po zastosowaniu następnie aspiratora wypompowywano, o ile się to dało, treść ropnia i wstrzykiwano mięszaninę w odpowiedniéj ilości. Pierwotnie polecił prof. Mikulicz mieszankę następującego składu: „*Jodoformii 10,0, Glycerini 60,0, Olei oliv. 40,0*“ wychodząc przytém z następującego zapatrywania: jodoform jako ciało względnie cięższe opada na dno w zwykłéj mięszance glicerynowéj, a więc nagromadza się również w ropniu w najniżéj leżącém miejscu; w oliwie zaś rozpuszcza się jodoform łatwo; rozczyn ten ma niższy ciężar gatunkowy od gliceryny i od ropy pozostałéj lub téż nowo wytworzonéj w jamie po ropniu, układa się więc jak najwyżéj, a względnie dochodzi także do pierwotnego ogniska chorobowego. W naszéj klinice jednak używał już prof. Mikulicz zwykłéj mięszanki jodoformu z gliceryną w stosunku 1:10, przekonawszy się, że mięszanina ta, w połączeniu z opatrunkiem uciskającym, który poniżéj opiszę, zupełnie wystarcza.

Po skończonem wstrzyknięciu igłę nagle się wyjmuje a miejsce wkłucia pokrywa kawałkiem gazy jodoformowéj i małym krzyżem maltańskim z plastru lepiącego. Teraz dopiero zakładamy opatrunek z przylepca silnie uciskający sam ropień i całą jego okolicę. Paski plastrowe na dwa do cztery palce szerokie układa się w trzech do czterech warstwach dachówkowato na sobie i umocowuje się za pomocą opaski kalikotowéj; w ten sposób powstaje niejako pancerz, który miesiąc do dwóch miesięcy może spokojnie leżeć. Wedle potrzeby późniéj się go naturalnie odnawia. Prof. Mikulicz wielką uwagę przykłada do tego opatrunku, gdyż choremu nie sprawia on żadnych dolegliwości, owszem jest mu miłym, ustalając do pewnego stopnia otoczenie ropnia i chroniąc go od wpływów zewnętrznych.

Postępowanie, jak widzimy, bardzo proste; każdy lekarz ambulatoryjnie operacyję tę wykonać może, chory ani przez dzień jeden w łóżku leżeć nie potrzebuje, ani od swéj pracy się powstrzymywać.

Przypatrzmy się teraz przypadkom operowanym metodą prof. Mikulicza w innych klinikach. Fränkel (*Ueber Behandlung kalter Abscesse mit Injectionen von Jodoform-emulsion. Wien. med. Wochenschrift*, 1884, Nr. 26) z kliniki Billrotha ogłosił 20 przypadków, z tych 18 wyleczonych. I tu jak w naszych przypadkach byłyto po największéj części ropnie większe, a mianowicie 7 przypadków ropni w skutek gruźlicy żeber, 5 w skutek gruźlicy kręgów, 2 w skutek gruźlicy kości krzyżowéj, 1 nad mostkiem, 4 zaś w częściach miękkich o nieznanéj przyczynie, mianowicie na udzie, w miednicy małéj i pod kolanem. O ile z przypadków w klinice stałéj leczonych wnosić można, prof. Billroth równie jak prof. Mikulicz u dzieci niżéj lat dziesięciu wstrzykiwań nie robi. Czas trwania leczenia wynosi od 6 tygodni do 2 miesięcy. Wstrzykiwanie trzeba było również 2 do 3 razy powtarzać. Prof. Billroth radzi robić punkcyję tylko w tych przypadkach, gdzie skóra jest jeszcze zupełnie zdrową.

Andrassy (*Beiträge zur Behandlung kalter Abscesse, insbesondere mittelst Jodoforminjectionen. Beiträge zur klin. Chirurgie von Prof. Bruns, II Band, 2 Heft*) z kliniki prof. Brunsa w Tübindze podaje również 22 ropni operowanych metodą Mikulicza i to 20 z wynikiem dodatnim. Tu metodę tę zastosowano w daleko szerszym zakresie. Nie tylko ropnie duże opadowe, z których usunięcie wszystkiego chorego przez wyskrobanie było bardzo trudne albo wprost niemożliwe, były przedmiotem leczenia, lecz leczono także w ten sposób ropnie małe wielkości orzecha włoskiego, powierzchownie leżące. Również w wieku chorych jest różnica, Bruns z dodatnim wynikiem operował także 2 razy u dzieci, raz u 3-letniego, drugi raz u 9-letniego chłopca. Co do czasu leczenia i ilości potrzebnych punkcyj doświadczania kliniki tübingskiéj zgadzają się z doświadczeniami kliniki naszéj i wiedeńskiéj. Do wstrzykiwań używano mięszaniny nieco innéj, a mianowicie: „Rp. *Jodoformii 10,00, Glycerini, Aqu. destill. aa 50,00 Ms:* Przed użyciem zakłócić“ i to z tego powodu, iż rozcieńczona wodą gliceryna prędzéj bywa wessaną niż czysta, a więc nie tak długo trzeba czekać na zmniejszenie się jamy.

W r. 1884 okazała się praca Matteiego (*Traitement des abscès froids par l'injections d'jodoforme en solution dans l'ether. Thèse. Paris*) z kliniki Verneuila, a nieco późniéj praca samego Verneuila (*Injections d'éther jodoformé dans les abscès froids. Revue de chirurgie Nr. 5, 1885*) zalecająca przeciwko ropniom zimnym wstrzykiwania jodoformu rozpuszczonego w eterze. Myśl naturalnie ta sama, co w metodzie prof. Mikulicza, ani jeden, ani drugi nie wspomniał jednak o doświadczeniach poprzednio już ogłoszonych przez prof. Mikulicza i Fränkla. Czy nieznajomość obcéj literatury, czy téż rozmyślne pomijanie obcych spostrzeżeń jest tego przyczyną, o tém mogliby nas chyba sami ci panowie pouczyć. W roku przeszłym wreszcie wyszła praca Verchera, (*Traitement des abscès froids par les injections d'ether jodoformé. Revue de chirurgie, 1886, Nr. 6*) również z kliniki Verneuila w tym przedmiocie. Verneuil w 23 przypadkach mniejszych i większych ropni zimnych po wypuszczeniu ropy wstrzykiwał 5% rozczyn jodoformu i otrzymywał równie zadowalające wyniki jak po wstrzykiwaniu jodoformu z gliceryną.

Na ostatnim kongresie chirurgów niemieckich wspomniał Schede, (*Verhandlungen der Gesell. der deut. Chirurgen 1886*) iż wyleczył 6 czy 7 ropni opadowych za pomocą wstrzykiwań rozczynu sublimatu. Sublimat bez kwestyi dzielny środek antiseptyczny; czy jednakże tak samo dobre wyniki otrzymamy przy leczeniu tym środkiem jak jodoformem, to dopiero przyszłość okaże.

Z trzech więc klinik mamy obecnie sprawozdania o leczeniu ropni zimnych za pomocą wstrzykiwań mięszaniny jodoformowéj. O skuteczności téj metody wątpić nie można; nie uwzględniając przypadków Verneuila, jako leczonych za pomocą eteru, mamy i tak na 52 przypadków tylko 6 wyników ujemnych. Dla porównania wspomnę tu o liczbie, którą Volkmann (*Verhandlungen der Gesellschaft der deutschen Chirurgen vom J. 1886)* na ostatnim kongresie chirurgów niemieckich podał przy rozprawie nad leczeniem ropni zimnych; na 58 ropni opadowych po gruźlicy kręgów leczonych przez wyskrobanie, zeszycie i drenowanie zgoiło się *per primam intentionem* zaledwie 23, u 35 zaś wytworzyła się stała wciąż sącząca przetoka, 60% więc wyników ujemnych.

W kilku jednak kwestyjach zapatrywanie prof. Mikulicza w tym przedmiocie różni się od innych. Fränkel w pracy swéj mówi, iż wstrzykiwania mięszaniny jodoformowéj są przeciwwskazane, jeżeli skóra jest nieprawidłową; otóż jak nasz przypadek IV i VII i 3 przypadki z Tübingi świadczą, niezbyt zcieńczała skóra zupełnie nie przeszkadza, aby wstrzyknięcie nie miało wywrzeć dodatniego skutku. Co do wieku dziecięcego różni się znowu prof. Mikulicz z zapatrywaniem prof. Brunsa; oparty na dawniejszém doświadczeniu z praktyki prywatnéj nie robił on już w klinice naszéj nigdy wstrzykiwań u dzieci niżéj lat 10. Spostrzeżenia jednak z kliniki tübingskiéj zachęcają do dalszych w tym kierunku doświadczeń. Wreszcie w klinice naszéj robiono dotychczas punkcyje tylko ropni dużych, opadowych lub głęboko łeżących, małe zaś zwykle skrobano, a w danym razie zeszywano; praca Andrassyego wykazała, iż wyleczenie jest także możliwém w małych, powierzchownych ropniach. Czy jednak wyleczenie jest prędsze, aniżeli po wyskrobaniu i zeszyciu, o tém wątpić można; w każdym razie jestto ważne spostrzeżenie, zwłaszcza dla chorych bojących się noża i lekarzy niezbyt tęgich w antyseptyce. Mięszanina nasza różni się od mięszaniny Brunsa i rozczynu Verneuila. Co do mięszaniny tybingskiéj, to ten dodatek wody wydaje mi się zupełnie obojętnym; co do rozczynu zaś jodoformu w eterze, to jakkolwiek Verneuil nie wspomina o objawach zatrucia eterem, w każdym razie myśleć o nich należy; owe zaś ulatniające się w najdalsze kątki ropnia gazy eterowe z jodoformem zupełnie dobrze dają się zastąpić uciskającym opatrunkiem, który również mięszaninę jodoformu z gliceryną wszędzie wepchnąć zdoła.

Z przytoczonych spostrzeżeń wynika, że ropnie zimne można leczyć za pomocą wstrzykiwań mięszaniny jodoformowéj, że przedewszystkiém cenną jest ta metoda przy ropniach dużych opadowych i że zasługuje na jak największe rozpowszechnienie w praktyce z powodu, iż chorego ani na dzień do łóżka nie przykuwa, a z powodu swéj prostoty przez każego lekarza bez asystencyi może być wykonaną.

Historyje chorób.

I. K. M., 24 lat. Od roku ból w kręgosłupie i na plecach. Na plecach po stronie prawéj poniżéj łopatki guz wielkości głowy dziecięcéj, wybitnie chelboczący, skóra nad guzem niezmieniona, drugi kręg piersiowy bolesny przy ucisku. Dwukrotne wstrzyknięcie. Według doniesienia listownego w 3 lata późniéj nie ma ani śladu bólu ani obrzęku.

II. A. G., 24 lat. Od 3 miesięcy ból przy zginaniu się. W okolicy 12 żebra po stronie lewéj tuż przy kręgosłupie guz wielkości głowy dziecięcéj, niebolesny, chelboczący, skóra niezmieniona. Szósty kręg piersiowy przy ucisku bolesny. Dwukrotne wstrzyknięcie. Po 6 miesiącach zupełne wyleczenie.

III. M. A., 10 lat. Od dwu lat garb, od roku obrzęk poniżéj. Wyrostek kolczasty czwartego kręgu piersiowego mocno ku tyłowi wystający, bolesny, poniżéj obrzęk wielkości pomarańczy, chelboczący, niebolesny, skóra prawidłowa. Po jednorazowéj punkcyi utworzyła się choremu przetoka, która jednak obecnie po odpowiedniém leczeniu zamknęła się.

IV. F. P., 16 lat. Od 1½ roku guz na udzie, w ostatnich czasach bolesny. Na udzie prawém w okolicy krętarza guz wielkości dużéj pięści, chelboczący, skóra na szczycie nieco zaczerwieniona, scieńczała. Staw biodrowy prawidłowy. Po dwukrotnéj punkcyi wyleczenie.

V. J. P., 32 lat. Od roku bóle przy zginaniu się. W okolicy pachwinowéj prawéj guz wielkości pomarańczy, chelboczący, niebolesny, skóra prawidłowa. Wyrostek kolczasty 5 kręgu piersiowego ku tyłowi wystający, bolesny. Jednorazowa punkcyja. W rok późniéj zupełne wyleczenie.

VI. S. M., 28 lat. Od 1½ roku przy zginaniu się ból. W okolicy kości krzyżowéj po stronie lewéj guz wielkości dużéj pomarańczy, niebolesny, chelboczący, skóra prawidłowa. Ostatni kręg lędźwiowy bolesny przy ucisku. Po trzykrotnéj punkcyi ropień zmniejszył się do wielkości jaja, chory pozostaje jeszcze w obserwacyi.

VII. J. M., 25 lat. Od roku bóle w boku. Na klatce piersiowéj w okolicy 8, 9 i 10 żebra po stronie lewéj z boku guz wielkości pięści, chełboczący, niebolesny, skóra scieńczała. Jednorazowa punkcyja. W 8 miesięcy zupełne wyleczenie.

VIII. J. K., 28 lat. Od 1½ roku obrzęk na plecach. Na grzbiecie po stronie lewéj guz wielkości głowy dziecięcéj, chełboczący, niebolesny, skóra prawidłowa, żaden z kręgów nie jest bolesny. Dwukrotna punkcyja. W 7 miesięcy zupełne wyleczenie.

IX. W. M., 50 lat. Od 2 lat obrzęk na udzie. Na udzie lewém w okolicy krętarza guz wielkości głowy męskiéj, chełboczący, niebolesny, skóra prawidłowa. Staw biodrowy wolny. Trzykrotne wstrzyknięcie, ostatni raz przed tygodniem, ropień zmniejszył się do wielkości jaja gęsiego.

X. M. A., 17 lat. Od ½ roku obrzęk na grzbiecie. Nad 3, 4 i 5 kręgiem piersiowym guz wielkości jaja gęsiego, chelboczący, niebolesny, skóra sinawa, scieńczała, 2 i 3 krąg przy ucisku bolesne. Jednorazowa punkcyja, w miejscu wkłucia otwór, z którego się sączy ropa rzadka.

II. Przyczynek do znajomości ran postrzałowych serca.

Podał

Dr. Justyn Karliński,

c. k. starszy lekarz wojskowy, prosektor szpitala garnizonowego Nr. 1 w Wiedniu.

Lekarz wojskowy ma stosunkowo częściéj niż lekarze cywilni sposobność spotykania się już w czasie pokoju z ranami postrzałowemi serca. Głównego zastępu przypadków dostarczają tu samobójcy, minimalny procent przypada na przypadki nieostrożnego obchodzenia się z bronią palną. Samobójca z natury rzeczy obiera sobie zazwyczaj broń, z jaką najlepiéj jest obeznany i którą ma pod ręką, a statystyka wojskowa wykazuje, że w nielicznych tylko przypadkach samobójstwa śmierć nastąpiła przez powieszenie się, a bardzo

rzadko tylko przez otrucie. Z aktów prosektoryjum szpitala garnizonowego Nr. 1 w Wiedniu i szpitala obozowego w Bruck nad Litawą wynika, że na 138 przypadków samobójstwa z lat 1883 do 1886, 89, to jest blisko 65 procent, przypada na broń palną, 28 na powieszenie się, 11 na utopienie, 4 na zmiażdżenie pod kołami lokomotywy, 3 na otrucie fosforem, 2 na przecięcie naczyń, 1 na otrucie się sinkiem potasu. Największy procent samobójstw w garnizonie wiedeńskim przypada na pochodzących z Węgier (40 procent), następnie z Czech (18%), Dolnéj Austryi (17%), Galicyi (15%) itd. Z wspomnianych powyżéj 89 przypadków, gdzie śmierć nastała przez użycie broni palnéj, 63 przypada na karabin systemu Werndla, 7 na rewolwer o kalibrze 11mm., 9 na rewolwer o kalibrze 9mm., 5 na rewolwer 7mm., 2 na karabin systemu Fruhwirt (żandarmeryja), 2 na pistolet o kalibrze 8mm., 1 wreszcie przypadek, gdzie za nabój użyto siekanych kawałków ołowiu.

Zazwyczaj zwraca samobójca broń palną w okolicę serca tak, że na owych 89 przypadków 50 przypada na strzały w piersi, 3 zaś na rany brzucha, reszta na czaszkę; tu zaś miejscem predylekcyjném bywa jama ustna (25 przypadków); w dwóch przypadkach strzał wymierzony był w ucho lewe w 12tu zaś w skroń. Stósownie do kierunku kanału postrzałowego rozmaite narządy klatki piersiowéj ulegają obrażeniu. Z wspomnianych 50 przypadków przypada 36 na rany serca, 7 na rany li tylko naczyń większych, reszta na rany płuca i kręgosłupa, w owych zaś 3ch przypadkach, gdzie broń przyłożoną została do ścian brzucha, uległo serce dwa razy obrażeniu.

Nie mam zamiaru wyszczególnieniem pojedynczych przypadków i opisywaniem przebiegu kanału postrzałowego zajmować uwagę czytelnika, chciałbym tylko na tém miejscu opisać 5 przypadków, które, o ile w dotyczącéj literaturze odszukać zdołałem, do rzadszych należą, a przypadki te miałem sposobność spostrzegać w ciągu ubiegłego półrocza, pełniąc obowiązki prosektora szpitala garnizonowego.

Rany serca stosunkowo mało budzą zajęcia dla chirurga, nic dziwnego, bo usuwają się z natury rzeczy z pod zabiegów chirurgicznych, oraz i z tego powodu, że nie należą wcale do ran częstych. Jaki procent poległych w rozmaitych wojnach z ran przeszywających klatkę piersiową przypada na rany serca, trudno określić; brak pod tym względem dokładnych poszukiwań a to może jest powodem, że z pewną uporczywością utrzymuje się dotychczas mniemanie, jakoby rany serca bezwzględnie i to natychmiastową sprowadzały śmierć. Co się tyczy kwestyi, czy każda rana serca koniecznie śmiertelną być musi, to doświadczenia na zwierzętach dokonane przez Velpeaua, Junga, Gerarda i innych, rozliczne zapiski o pociskach znajdowanych w sercach jeleni, niedźwiedzi i psów okazały, że rany serca zabliźniać się mogą, a przypadki, prawda że nieliczne, w których przy sekcyi znajdowano blizny niewątpliwie po ranach powstałe, pozwalają wnosić, że to samo ma miejsce i u człowieka. Co więcéj statystyka G. Fischera (*Die Wunden des Herzens u. des Herzbeutels. Archiv f. klin. Chirurgie*, IX, 1868) wykazuje, że rany serca prawie w dwa razy większéj liczbie przypadków kończyły się śmiercią po dłuższym dopiero przeciągu czasu i tylko wielkie zmiażdżenia mięśnia sercowego lub otwarcie jam natychmiastową śmierć sprowadzały. Fischer w statystyce swéj na 452 przypadków ran serca przytacza 72 przypadki zagojenia się, z których 36 stwierdzono przy sekcyi. Stosunkowo jeszcze najlepiéj goić się mogą rany kłute i cięte, gorzéj już rany postrzałowe lub zmiażdżenia. Nie rzadko w ścianach serca znajdowano otorbioną kulę lub kawałki z odzieży, ba nawet kulę we wnętrzu jam sercowych, a piszący przypomina sobie preparat ze zbioru zakładu anatomo-patologicznego w Krakowie z ziarnem szrutu w mięśniu sercowym. Z rzadkich tych zresztą przypadków zabliźnienia się ran serca przytaczam na tém miejscu jeden, jaki mi się samemu spostrzegać zdarzyło.

Inwalida I. W. w roku 1866 otrzymał ranę postrzałową w lewą połowę klatki piersiowéj. Kula weszła w linii sutkowéj lewéj w czwartym przestworze międzyżebrowym, wyszła po stronie grzbietnéj na 6cm. od kręgosłupa w wysokości 4go kręgu piersiowego. Zaraz po otrzymaniu rany miał stracić przytomność, utracić znaczną ilość krwi a po przebyciu zapalenia płuc ozdrowiał po upływie 12 tygodni. Oprócz miernego stopnia duszności i uczucia ściskania w okolicy sercowéj po większém zmęczeniu nie uczuwał nigdy znaczniejszych dolegliwości i dopiero w maju przeszłego roku przybył do szpitala z powodu obrzęku odnóg dolnych. Badanie wykazało mierny ślad białka w moczu, wałeczki szkliste przy prawidłowéj ilości wydzielanego moczu, przerost serca lewego, drugi ton nad tętnicą główną dźwięczny, zwyrodnienie miażdżycowe tętnic obwodowych i głuche lecz czyste tony sercowe. Po sześciotygodniowym pobycie w szpitalu chory umarł, a sekcyja wykazała szczególną bliznę w mięśniu sercowym: na klatce piersiowéj od przodu na 1cm. na wewnątrz od linii sutkowéj blizna w skórze wielkości krajcara nieruchomo z mięśniami i z żebrem zrosła. Brzeg górny żebra piątego nieregularnie zgrubiały, mięsień przyległy bliznowato zaciągnięty. Płuco lewe w płacie dolnym z ścianą klatki piersiowéj zrosłe na przestrzeni mniéj lub więcéj dłoni, brzegi poduszkowato powietrzem rozdęte, w środku płatu postronek $2\frac{1}{2}$ cm. długi, 1cm. na przekroju gruby, ze zbitéj tkanki łącznéj szaréj złożony. Płuco z osierdziem zrosłe, na témże blizna wielkości czterocentówki z mięśniem sercowym zrosła a mięsień komórki lewéj okazuje bliznę podłużną 2·6cm. długą nieregularną, na 1cm. szeroką a na 8mm. grubą, złożoną, z szaro-białéj tkanki łącznéj, wybitnie od przerosłego i tłuszczowo zwyrodniałego mięśnia odbijającą. Blizna ta przebiega nieco ukośnie od dołu ku górze i od przodu ku tyłowi. Na tylnéj ścianie worka sercowego również nierówna gwiazdowata blizna i zrost serca z osierdziem, daléj zaś blizna w mięśniu międzyżebrowym czwartym i w skórze po stronie grzbietnéj wielkości talara o brzegach nieregularnych. W przypadku niniejszym niewątpliwie kula przebiwszy odzież i nadwerężywszy żebro przebiła płuco i drasnąwszy dość głęboko mięsień sercowy wyszła po stronie grzbietnéj. Zresztą znaleziono przy sekcyi zwyrodnienie tłuszczowe serca, miażdżycę tętnicy głównéj i tętnic obwodowych, rozedmę i puchlinę płuc oraz przewlekłe zapalenie nerek.

Że rany mięśnia sercowego goić się mogą, jak tego niniejszy przypadek dowodzi, znajdują się jeszcze i inne zapiski w literaturze, a w podobnych przypadkach Fischera niewątpliwie stwierdzonych na stole sekcyjnym blizny te dotyczyły komórki prawéj; mój przypadek zaś jedynie dotyczył komórki lewéj.

Nawet otwarcie jamy sercowéj niekoniecznie natychmiastową śmierć sprowadzać musi, jak tego dowodzi następujący przypadek.

Porucznik K. w zamiarze samobójczym postrzelił się z siedmiomilimetrowego rewolweru w lewą stronę klatki piersiowéj. Badałem go w 10 minut po przypadku. Utrata krwi przez ranę postrzałową znajdującą się w czwartym przestwo-

rze międzyżebrowym w linii sutkowej nieznaczna. Chory przytomny; o ile przy delikatnêm badaniu stwierdzić można stłumienie serca sięga od drugiego przestworu międzyżebrowego do piątego włącznie, ku wewnątrz przekracza liniję mostkową. Uderzenia serca rzadkie, słabe, nieregularne, tony bardzo słabe lecz czyste; krwioplucia nie ma. Raniony zachowuje przytomność przez 36 godzin, wśród których tętno ledwie macalne 40—60 uderzeń, sinica, trudność w oddychaniu, bezmocz. Z powodu słabéj czynności serca, z braku krwioplucia i braku wykazać się dającego wynaczynienia do jamy piersiowéj rozpoznaliśmy ranę postrzałową serca samego, choć dziwnym był brak utraty krwi przez ranę wstrzałową i ów brak wykazać się dającéj krwi w worku opłucnowym. Przypuszczaliśmy wreszcie, że mamy do czynienia z pęknięciem mięśnia sercowego, bez otwarcia osierdzia i że kula uwięzgła gdzieś w śródpiersiu tylnêm bez uszkodzenia naczyń większych. Po 36 godzinach chory umarł, a sekcyja, którą wykonałem, okazała następujące uszkodzenia serca: na opłucnéj dolnego płatu lewego wybroczyna bez głębszych zmian w miąższu płuca wielkości centa. Worek sercowy tuż przy koniuszku serca szparowato na 1cm. otwarty, w otwór wtłoczony brzeg płatu lewego zamyka komunikacyję między workiem opłucnowym a osierdziowym. Worek osierdziowy nadmiernie rozdęty, wypełniony krwią skrzepłą; w mięśniu serca lewego niedaleko od koniuszka otwór prawie okrągły, na przekroju 8mm. średnicy mający, stanowi początek kanału postrzałowego, który przebiega nieco ukośnie i ku górze w mięśniu sercowym i kończy się tuż u nasady mięśnia brodawkowego otworem na 1cm. średnicy. Zastawka dwukończysta i przedsionek nieuszkodzone nigdzie i dopiero żyła płucna lewa i to właśnie skrajniejsza tuż u swéj nasady przy przedsionku przedarta trzyma się jedynie 4mm. skrawkiem ściany serca, a w skrzepie krwi między nią a sąsiednią drugą żyłą płucną znajduje się kula nieco spłaszczona. W jamach serca lewego krwi nie ma, natomiast serce prawe krwią przepełnione, ogromny zastój w płucach i obrzęk ostry tychże, oraz przekrwienie żylne narządów brzusznych. W niniejszym przypadku kula, przeszywszy ścianę klatki piersiowéj i otwarłszy worek sercowy, wtłoczyła brzeg przyległego płuca do szparowatéj rany, zamykając tym sposobem drogę krwi, która po otwarciu komórki lewéj do worka sercowego wpływała, przeszła następnie zapewne w czasie rozkurczu między żaglami zastawkowemi i zdążała do żyły płucnéj, którą jeszcze w obrębie worka sercowego otwarła. Zmiana stosunków parcia w worku osierdziowym i w obrębie komórki lewéj wywołała ów znaczny zastój w krążeniu ogólnêm; szczególniejsza tylko, że ten stan nieprawidłowy mógł trwać przez 3 godziny. (Dok. nast.)

III. Chirurgija w usługach medycyny wewnętrznéj.

Podał
Dr. J. Zielewicz,
lekarz dyrygujący oddziału chirurgicznego szpitala Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.

(Rzecz przedłożona w streszczeniu na Walnêm Zebraniu sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk d. 19 grudnia 1886 r.).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Tylko zlokalizowana zgorzel płuc może być przedmiotem chirurgicznego leczenia. Dotychczasowe doświadczenia są wcale pomyślne, a wszystkie pochodzą dopiero z ostatnich kilku lat, lecz przedstawiają dotychczas materyjał bardzo skąpy. Znam zaledwie dziesięć przypadków (Bull, Fenger, Cayley, Biss, Fowler, Williams, Rochelt), a i ten skąpy materyjał nie daje się w zupełności zużytkować. Szczupłą również liczbę spostrzeżeń posiadamy o ropniu płucowym. Fenger i Hollister (referat w *Centralblatt f. Chirurgie*, 1882, str. 41) (1881) zestawili sześć przypadków, ale większa część tychże, z opisu wnosząc, była raczéj zgorzelą płuc, tylko jeden z tych przypadków zakończył się szczęśliwie. Heitler zebrał 8 przypadków ropnia płucowego. Rohden (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1884, str. 14) przy operacyi otoku opłucnowego znalazł ropień płucowy i przedarł go palcem. Rochelt operował dwa ropnie, z których jeden miał siedlisko w lewym dolnym płacie, drugi komunikował przez przeponę z ropniem wątroby, jak się przy sekcyi wykazało. Oba powyższe przypadki zakończyły się śmiercią.

Mój przypadek, téj jesieni operowany, dotyczył młodego mężczyzny, u którego przed kilku tygodniami jeden z wrocławskich chirurgów operował otok lewéj opłucny za pomocą przecięcia klatki piersiowéj. Przed ówczesną operacyją stwierdził Dr. Osowicki obecność wydzieliny cuchnącéj w jamie opłucny. Ponieważ jednak wkrótce otwór w częściach miękkich znacznie się zaciągnął, odpływ ropy był utrudniony i chory gorączkował, przeto okazała się potrzeba radykalniejszego zabiegu celem dokładnéj dezinfekcyi jamy ropnéj. W tym celu wykonałem resekcyję 7go żebra, a wyczyściwszy opłucnę i badając palcem płuco trafiłem na miejsce wklęsłe, które przy dobrêm oświetleniu słonecznêm obserwując przyjęliśmy jako ślad zagojonego prawie ropnia płucowego, który według wszelkiego prawdopodobieństwa wywołał otok opłucny. Chory nasz w 6 tygodni zupełnie wyzdrowiał. Czy ropień ten był natury zgorzelinowéj, rozstrzygnąć mi było niemożebnêm, w każdym jednak razie należy do rzędu zboczeń, w których zabieg chirurgiczny wpłynął stanowczo na zupełne usunięcie sprawy chorobowéj.

Obok jam rozstrzeniowych próbowano także otwierania jam gruźliczych. De Cérenville operował 4 przypadki jam szczytowych u suchotników w późnych okresach choroby, lecz osiągnięte przez niego rezultaty są zupełnie ujemne, jakkolwiek chwilowo kaszel prawie ustał i ilość plwociny znacznie się zmniejszyła. Chorzy przeżyli operacyję zaledwie kilka tygodni.

Przyznać trzeba, że wyniki zabiegów operacyjnych w chorobach miąższu płucowego, jak z powyższego widać, nie są zbyt świetne, lecz z drugiéj strony uwzględnić należy, że to zaledwie pierwsze próby, niekiedy niewprawną podejmowane ręką. Nadto widocznêm jest, że brak jeszcze pewnych jasno określonych wskazań, których uwzględnienie zabiegom operacyjnym korzystniejszą na przyszłość zapewni podstawę. Zjazd Wiesbadeński większością zabierających głos uczestników stanowczo oświadczył się za têm, że jamy gruźlicze należy uważać za *noli me tangere*, ponieważ ograniczenie gniazda gruźliczego drogą operacyjną nie da się osiągnąć. Mosler, Fenger i Hollister uważają jamy gruźlicze za absolutne przeciwwskazanie do operacyi. Cérenville, mimo że także jest w zasadzie przeciwny, uważa jednak, że *la question est fort discutable* i przytacza historyję choroby młodego człowieka, który przybył do szpitala z wielką jamą prawego szczytu w stanie bezgorączkowym, odżywieniu doskonałêm. Autor na operacyję wówczas się nie zdecydował. Po dwóch latach znów przybył tenże chory, lecz w stanie rozpaczliwym, a sekcyja wykazała starą jamę gruźliczą obok świeżéj gruźlicy. C. żałuje, że w przypadku tym operacyi nie podjął za pierwszêm widze-

niem chorego. Zdaje się przeto, że u chorych bezgorączkowych, z trudném nader i męczącém wykrztuszaniem, we wczesnym okresie choroby i przy powierzchownem umiejscowieniu jamy, zabieg operacyjny może być usprawiedliwiony. Zresztą dalsze spostrzeżenia wykazać muszą, czy w razie wydalenia wytworów gnilnych z jamy, a może być, że i zupełnego jéj zagojenia, nie uda nam się wytworzyć tamy dla prątków gruźliczych.

Co się tyczy jam bronchiektatycznych, wskazanie operacyjne jest tu niewątpliwe. Jakkolwiek anatomiczna tychże jam budowa nie uprawnia nas do zbyt różowych nadziei, a dotychczasowe wyniki lecznicze także za tém przemawiają; to jednak ze względu, że najpoważniejsze niebezpieczeństwo grozi choremu od zgorzeli płuc skutkiem rozkładu plwociny, zadaniem naszém być powinno dotrzeć do jamy i zagoić ją, lub przynajmniéj ułatwić pozbywanie się wydzieliny. W wielu przypadkach ilość plwociu po operacyi od razu się zmniejsza, zawsze szybko następuje ich odwonienie. Gorączka i wychudnienie nie stanowią przeciwwskazania do operacyi. Williams i Godlee (*La Semaine médic.*, 1886, 13) ograniczają operacyję jedynie do tych przypadków, w których tylko jedno płuco jest chore, siedlisko jamy znajduje się w płacie dolnym i opłucne są ze sobą zlepione.

Ropień płucowy prawie zawsze wśród gorączki trawiącéj i ogólnego osłabienia kończy się śmiercią, w rzadkich bowiem tylko przypadkach ropa przebija się na zewnątrz lub odpływa jednym z większych oskrzeli. Wskazanie więc ułatwienia ropie odpływu jest prostém wskazaniem chirurgiczném, którego wykonanie o tyle lepszych spodziewać się każe skutków, im nastąpiło wcześniéj.

Wynik operacyjny chirurgii płuc zależy w znacznéj mierze od metody operacyjnéj. Dawniéj wyłącznie używana metoda przekłucia klatki piersiowéj okazała się niestosowną, przekonano się bowiem wcześnie, że jeżeli gdzie, to w drążeniu do płuc na ślepo działać nie wolno. Otwór tulejką trójgrańca uzyskany w najlepszym razie służyć może zaledwie do wypróżnienia jamy, ale nie wystarcza do zbadania jéj stosunków anatomicznych, a témsamém do jéj racyjonalnego chirurgicznego leczenia. Próbowano otwór ten rozszerzyć stożkami pęczniejącemi, lecz wkrótce uznano niestósowność tego postępowania. Przez nacięcie przestworu międzyżebrowego już daleko więcéj miejsca zyskujemy, lecz i ta metoda do głębszego wtargnięcia w miąższ płucowy nie wystarcza, do czego nam koniecznie potrzeba poprzedniego zoryjentowania się dotykiem, a w najlepszym razie także i wzrokiem. Do tego celu prowadzi nas najdogodniéj na najkrótszéj drodze resekcyja żeber.

Obok wymienionéj co dopiero większéj łatwości oryjentowania się wzrokiem, resekcyja wypełnia jeden z najkardynalniejszych warunków powodzenia operacyi, mianowicie retrakcyję klatki piersiowéj, któréj wpływ nauczyliśmy się cenić przy chirurgicznem leczeniu ropnych otoków opłucny za pomocą resekcyi żeber. Wiemy, że po wydaleniu ropy sama retrakcyja klatki wystarcza do wypełnienia próżni i blaszki opłucny znów się do siebie zbliżają, a sprawę tę przez częściową resekcyję pierścienia klatkowego korzystnie przyspieszamy. Gdy chodzi o jamę w miąższu płucowym rzecz się ma podobnie: pod wpływem sprawy zabliźnienia skutkiem resekcyi następuje retrakcyja klatki w kierunku ku wewnątrz a wśród tych warunków jama wypełnia się i zamyka. Tym sposobem resekcyja żeber polepsza warunki mechaniczne zamknięcia się jamy. Metoda ta wreszcie umożebnia racyjonalne leczenie przeciwgnilne, a doniosłość jéj w tém szczególnie się uwydatnia, że dotychczasowe doświadczenia przemawiają stanowczo przeciwko przepłukiwaniu otwartych jam płucowych płynami dezinfekcyjnemi, do czego i najmniejszy otwór w klatce piersiowéj wystarczyć może. Doświadczenia Moslera, Cérenvillea, Rochelta i nasze własne przekonały nas, że miąższ płucowy bardzo źle znosi zetknięcie się z płynami, injekcyja najczęściéj wywołuje gwałtowne napady kaszlu, a w kilku nawet przypadkach stała się przyczyną śmiertelnego zapalenia oskrzeli. Dla tego posługujemy się środkami zproszkowanemi a mianowicie jodoformu w postaci gazy jodoformowéj, która (zwlaszcza jako gaza lepka) spełnia tu znakomicie swoje przeznaczenie jako tampon aseptyczny i przeciwkrwotoczny.

Stósownie do okolicy, zkąd do płuc dostać się chcemy, operujemy w linii pachowéj, łopatkowéj, a nawet nie wahamy się już dzisiaj (Cérenville, C. Lauenstein) wbrew obawom pierwszych na tém polu pionijerów (Fenger i Hollister) docierać do szczytów płuc przez resekcyję drugiego i trzeciego żebra.

Prawie równocześnie Block w Gdańsku (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1881, 47), Gluck (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1881, Nr. 44) i Hans Schmid (*Experiment. Studien über partielle Lungenresektion.* Referat na zjeździe niemieckich lekarzy w Salzburgu) w Berlinie podjęli prace doświadczalne celem zakonstatowania, jak zwierzęta znoszą wycięcie kawałka lub nawet całéj jednéj połowy płuc. Otóż wykazano (Gluck), że króliki w ogólności dobrze znoszą podwiązanie całego płuca, tudzież jego wyłuszczenie, a częściowe wycięcie miąższu płucowego u psów, wykonane antiseptycznie, może, zdaniem Schmida, zachęcić do zastósowania téj operacyi u człowieka, którego zdrowe płuco anatomicznie nie różni się od płuc psich. Doświadczenia te zużytkowano wkrótce: Weinlechner przy sposobności wycięcia chrzęstniaka mięsakowatego klatki, drążącego do płuc, odciął także kawałek tego narządu. Chory umarł. Częściowa resekcyja płuca, przy podobnéj sposobności ze ścisłém przestrzeganiem antiseptyki przez Krönleina wykonana, zakończyła się pomyślnie.

V. Omboni (referat z *Annali univers....* 1885 w *Centraltralblatt f. Chir.*, 1885, str. 671) wyciął kawałek płatu płucowego z powodu krwotoku postrzałowego, wykonawszy poprzednio resekcyję żebra. Chory umarł.

Z powodu gruźlicy wycinał Ruggi dwa razy po kawałku płuc; jeden chory umarł w 9 godzin, drugi w 9 dni po operacyi.

Jak widać z dat powyższych, podejmowano resekcyję płuc albo przygodnie, t. j. przy sposobności zabiegów chirurgicznych na klatce piersiowéj, bez pierwotnego wskazania do wycinania części płuc, albo też z wyraźnym z góry powziętym zamiarem. Że pierwszy rodzaj interwencyi operacyjnéj ma swoje jasne uzasadnienie, nie podlega wątpliwości, czy zaś wydalenie części płuc lub nawet całych płatów w celu leczenia gruźlicy, lub innych chorób miąższu płucowego, stanie się kiedy zabiegiem racyjonalnym, przyszłość dopiero okaże; na dziś są to tylko śmiałe próby, które w obec opinii chirurgów nie uzyskały dotąd uznania (König, Albert i inni). Któż jednak w obec postępów techniki operacyjnéj zaręczyć może, że za lat kilka lub późniéj protest dzisiejszych przeciwników nie zamieni się u ich następców lub nawet u nich samych w entuzyjazm, jak tego niejednokrotnie w dziejach naszéj sztuki mieliśmy przykłady! Dyjagnostyka wczesnych okresów chorób płucowych i ich lokalizacyi musi nam przyjść

w pomoc, a wtedy rewolucyjny wiek nasz, zburzywszy niejedno niezbyt jeszcze stare w nauce pojęcie, i w dziedzinie chirurgii płuc konsekwentnie przeprowadzi starą chirurgiczną zasadę: *Ubi pus, ibi incisio, ubi haemorrhagia, ibi ligatura, ubi tumor, ibi exstirpatio.* (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Prof. Angerer w Monachium: **Uwagi nad sporządzaniem antiseptycznych rozczynów sublimatu.**

Każdy lekarz używający rozczynu sublimatu z wody studziennéj sporządzonego, zauważył z pewnością, iż w rozczynie takim po jakimś czasie na powierzchni osadza się powłoka metaliczna. Powłoka ta składa się przeważnie z trójchlorku rtęci a tworzy się z powodu węglanów ziem alkalicznych w wodzie zawartych. Ilość tychże wpływa naturalnie na ilość wydzielonego trójchlorku tak, iż n. p. w wodzie z Monachium rozpuszcza się tylko 50% sublimatu, w wodzie zaś z Jeny zaledwie 20%. Siła więc rozczynu w ten sposób znacznie słabnie.

Aptekarz Schillinger przyszedł do przekonania, że dodatek soli kuchennéj w téj saméj ilości co sublimatu do wody studziennéj zapobiega rozkładaniu się tegoż, a doc. higijeny Emmerich wykazał na prątkach wąglikowych, iż siła antiseptyczna takiego rozczynu zupełnie jest ta sama co rozczynu sublimatu. Na polecenie prof. Angerera wyrabia aptekarz Schillinger pastylki z sublimatu i z soli kuchennéj w dwóch wielkościach, albo po $\frac{1}{2}$ albo po 1 gr. obu środków. Zaletą tych pastylek jest przedewszystkiém, iż można je zawsze mieć przy sobie i że rozpuszczone w jakiéjkolwiek czystéj wodzie dają środek antiseptyczny pewny o ściśle oznaczonym składzie. (*Centralblatt für Chirurgie*, Nr. 7, 1887). *Dr. Sondermayer.*

L. Feilchenfeld (Berlin): **Przypadek przetoki pęcherzowéj powstałéj po radykalnéj operacyi przepukliny pachwinowéj.**

Przypadków zranienia pęcherza podczas operacyi radykalnéj nie ogłoszono; miało ono miejsce w przypadku operowanym przez Israela. U 51-letniego mężczyzny ze znaczną przepukliną pachwinową mosznową prawą i mniejszą pachwinową lewą wykonano zwykłym sposobem operacyję radykalną po stronie prawéj. Odpreparowano przytém (jak zwykle) worek przepuklinowy w okolicy szyjki, otworzono, a po repozycyi jelit podwiązano katgutem. Następnie wycięto go; przytém przyszło do małego naddarcia otrzewny, które zeszyto. Ranę zeszyto w dolnéj części, górną wytamponowano gazą jodoformową i założono na niéj szwy prowizoryczne.

Przebieg był z początku prawidłowym, tylko drugiego dnia wystąpiło zatrzymanie moczu; odpuszczono mocz kateterem Nélatona; późniéj oddawał chory mocz co 2 godziny, 5go dnia po operacyi oddawał chory mocz tylko co 5 godzin, a 7go dnia nastąpiło powtórne ale zupełne zatrzymanie moczu. Przy zmianie wilgotnego opatrunku zauważano mocz w ranie; założono kateter *à demeure* i opatrywano ranę odtąd codziennie; w miesiąc po wykonaniu operacyi radykalnéj nacięto moszna po stronie prawéj w dole z powodu infiltracyi moczowéj i przestrzykano 5% karbolem. Po staranném opatrywaniu rany i kilkakrotném tuszowaniu lapisem nastąpiło zupełne wyleczenie; kateter *à demeure* usunięto w 2 miesiące po operacyi radykalnéj i chory odtąd oddawał czysty mocz bez kateteru; w 3 miesiące po operacyi opuścił chory szpital.

Autor tłumaczy sobie zranienie pęcherza w tym przypadku obecnością uchyłku w pęcherzu, który znajdował się w wysokości bramy przepuklinowéj i podwiązanym został; po odpadnięciu téj szypułki utworzonéj przez ścianę pęcherza tenże zaczął wypróżniać się przez ranę. (*Berl. klin. Woch.*, 1887, Nr. 3). *Dr. Baracz.*

Położnictwo.

Fehling: **Sposób zastępujący metodę Ritgena wytaczania główki od strony odbytnicy.**

W przypadkach, gdzie główka przerzynając się przez szparę sromową przy zwrocie prawidłowym dokonanym położenia czaszkowego nie występuje dość szybko, lub gdy chcemy w celu ochrony międzykrocza wytoczyć ją na zewnątrz podczas przerwy między bólami, zalecał Fehling w swéj książce dla położnych sposób podany przez Ritgena. Sposób ten polega na wytaczaniu główki za pomocą ucisku na łuki brwiowe u dziecka od strony odbytnicy matki, dwoma palcami do téj ostatniéj wprowadzonemi. Fritsch (*Centralbl. f. G.* 1883, 47) zwrócił uwagę na niebezpieczeństwo przebicia ściany dzielącéj pochwę od odbytnicy podczas wykonywania sposobu Ritgena, co przy surowém postępowaniu położnika miało miejsce. Fehling przyznaje możebność podobnego przebicia, mimo że nie miał sposobności spostrzegania takowego, a co więcéj dodaje, że sposób ten ze względu na dzisiejsze pojęcia dotyczące postępowania przeciwgnilnego nie nadaje się, albowiem trudno jest dostatecznie i szybko oczyścić zawalane palce kałem w odbytnicy i uniknąć możności zakażenia rodzącéj, u któréj w dalszym ciągu różne zabiegi, jak: wydobywanie łożyska i skrzepów z macicy, szycie międzykrocza i t. d. często przedsiębrać wypada. W miejsce przeto omówionego sposobu postępowania Ritgena, który rzadko tylko w jego zakładzie bywa dziś używany, poleca inny również przez Ritgena dawniéj podany. Olshausen i Ahlfeld opisali drugi sposób Ritgena; prócz dzieł ich w żadnym z nowych dzieł położniczych opisu w mowie będącego sposobu nie znajdujemy.

Postępowanie to polega na działaniu na główkę od strony międzykrocza w miejscu położoném między otworem stolcowym a końcem kości ogonowéj. W chwili, gdy główka w położeniu czaszkowém po zwrocie prawidłowym dokonanym, znaczniejszym odcinkiem rozchyla wargi sromowe, jak to w ostatniém wydaniu dzieła Schroedera o położnictwie Fig. 71 jest uwidocznioném, można czuć w miejscu między otworem stolcowym a końcem kości ogonowéj przez ścianę międzykrocza: czoło, a względnie obie szczęki dziecka. W miejscu opisaném ściana międzykrocza, sama przez się niezbyt gruba, w opisanéj chwili porodu jest przez znaczne rozdęcie międzykrocza tak scieńczałą, że poszczególne kości główki dziecka bardzo dobrze przez nią czuć się dają. W ułożeniu rodzącéj na bok, po oczyszczeniu międzykrocza według zasad przeciwgnilnego postępowania, czterema palcami (w położeniu czaszkowém Iszém w ułożeniu rodzącéj na lewym boku ręki lewéj) ułożonemi tuż poniżéj końca kości ogonowéj, wywierając ucisk na twarz dziecka, można nietylko usuwającą się nazad do pochwy główkę w przerwach pomiędzy bólami powstrzymać, ale nadto bez współdziałania bólu na zewnątrz wytoczyć. Ku temu celowi należy zalecić rodzącéj napieranie i uciskać główkę w kierunku ku spojeniu kości łonowych. Jeżeli bródkę czuć na boku przy *incisura ischiadica*, można tamże palce ułożyć i główkę wysunąć. Druga ręka wśród

tego zabiegu musi być w pogotowiu, aby od strony tyłogłowia, gdy tego potrzeba, nie dozwolić główce zbyt szybkiego wytaczania się.

Autor przyznaje temu postępowaniu wyższość nad sposobem wytaczania główki od strony odbytnicy, jużto ze względu na przeciwgnilne postępowanie, jużtéż ze względu na okoliczność, że się nie ścieśnia kanału rodnego objętością palców do odbytnicy wprowadzonych. Zaleca się ono nadto szczególniéj tam, gdzie szybko działać trzeba, i jest bardzo dobrym sposobem chronienia międzykrocza od przedarcia, albowiem można je w przerwach między bólami wykonać. (*Centralblatt f. G.* 1885, Nr. 5). *Dr. Mars.*

Dirner: O przeciwgnilném zaopatrzeniu pęczniejących rozszerzadeł.

Uznając konieczność, aby rozszerzadła pęczniające były przeciwgnilne, uważa autor wszystkie te, które się w handlu znajdują pod nazwą przeciwgnilnych, jako niedostatecznie przeciwgnilnie przyrządzone lub jako późniéj zanieczyszczone. Sposoby podane przez Fritscha, Herffa, Chrobaka, uważa za zanadto skomplikowane i niepewne ze względu, że rozszerzadła na sucho są potém przechowywane, łatwo zatém z istotami gnilnemi mogą się zetknąć. Aby temu zapobiedz, przechowuje autor laseczki blaszeńca stale w 1% rozczynie sublimatu w bezwodnym alkoholu. Tuż przed ich użyciem oczyszcza w położeniu Simsa pochwę przeciwgnilnie i wprowadza wprost z rozczynu laseczki do szyi macicy. Jeżeli laseczka jest opatrzona wzdłuż przewodem, uważa, czy tenże nie jest zatkany kryształami sublimatu, co gdy ma miejsce, wystarcza wypłukanie czystą wodą, aby je rozpuścić. Od roku używa autor tylko tak przechowanych laseczek blaszeńca i nie widział po nich żadnych złych następstw. Zdolność pęcznienia laseczek nie ulega żadnéj zmianie śród przechowania w nadmienionym rozczynie. (*Centralblatt f. Gynäkologie* 1887, Nro 6). *Mars.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk. Poznańskiego z dnia 26 listopada 1886.

Obecni kol.: Kaczorowski, Koehler, Preibisz, Zielewicz, Stan, Chłapowski i sekretarz.

Kol. Wicherkiewicz podaje, że w ostatnim czasie miał kilka przypadków dyfteryi oka, które jak to już dawniéj podnosił, należą do rzadszych okazów oftalmopatologii. Chcąc zdać sobie sprawę, o ile postępowanie kol. Koszutskiego przeciwko dyfteryi za pomocą kalomelu jest skuteczném, zastosował ten środek w przypadku wybitnéj dyfteryi oka, który nadawał się dla doświadczenia, gdyż pod względem wzroku nie było już można niczego się spodziewać. Przed 10ciu dniami Dr. Lithauer ze Szremu przysłał kol. W. 55-letniego wieśniaka, u którego dyfteryja oka lewego groźne przybrała rozmiary. Rogówka była zniszczoną, na tęczówce wysięk dyfteryjny, soczewka i głębsze części oka zamienione w ropę, cała gałka w stanie ogólnego zapalenia, mocno wysadzona, a wysadzenie to wywołało zupełne wywrócenie dolnéj powieki, któréj prawie cała spojówka przedstawia brudny, żółto-szary wysięk dyfteryjny w mniejszych rozmiarach. Gruczoły podszczękowe nabrzmiałe. Oczyściwszy oko z wydzieliny, polano całą spojówkę słoną wodą i posypano na to dość znaczną warstwę jednochlorku rtęci na miejsca uwydatniające się wysiękiem dyfteryjnym. Celem zaś ochrony zdrowego oka założono opaskę na oko chore w ten sposób, iż pokryto gałkę i okolicę jego warstwą gazy jodoformowéj i watą, którą przymocowano gazą krochmaloną zwilżoną sublimatem 1 : 1000. Powtarzało się to codzień. Wynik leczenia był ten, że z każdym dniem gałka malała, wysięk dyfteryjny ograniczał się, a po dziesięciu dniach w skutek przebicia twardówki i wypłynięcia ropiastéj treści śródgałkowéj oko powróciło do prawidłowych rozmiarów. Wysięk dyfteryjny znikł prawie zupełnie, pozostawiając po sobie miejscami zdrową, przekrwioną spojówkę, miejscami zaś utratę tkanki podspojówkowéj lekko krwawiącéj. Czy wynik ten, który może przy zastosowaniu saméj gazy jodoformowéj byłby także nastąpił, przypisać metodzie kalomelowéj, nie śmie rozstrzygać, sądzi nawet, że w obec wyników, jakie kol. Koszutski chwali w dyfteryi gardła, gdy stosuje kalomel, ustępowanie procesu dyfteryjnego zbyt w tym przypadku było powolne. Drugi przypadek dotyczył dziewczęcia 8-letniego, które przybyło do kliniki wśród bardzo silnego obrzmienia powiek i spojówki, na któréj tworzyły się powierzchowne błony wysiękowe *(conjunctivitis membranacea)*. Nie byłato co prawda dyfteryja rozwinięta, ale sprawa mogąca ostatecznie uchodzić za równie przystępną temu samemu leczeniu co i dyfteryja. Stosowanie kalomelu przez 2 dni nie miało żadnego skutku, tak że 3go dnia gdy objawy stawały się groźnemi i rzeczywiście wśród tkanki spojówkowéj wytwarzał się lekki i szarawy wysięk, polecono i stosowanie energiczne lodu, wypłukiwanie co godzina worka spojówkowego sublimatem i wcieranie w okolicę oka maści jodoformowéj. Już nazajutrz objawy zapalne znacznie się zmniejszyły i z dniem każdym ustępowały. Gdy po kilku dniach stan spojówki przeszedł w śluzotok, ograniczono wydzielinę zasypując proszek z kwasu borowego i taninowego (cfr. Wicherkiewicz *Kl. Mtsbl. f. pr. Augenheilkunde*).

Kol. Chłapowski wspomina, że w kilku przypadkach dyfteryi gardła widział dobre wyniki z postępowania sposobem Koszutskiego, do czego używał rozpylacza Steinera. Kol. Zielewicz mniema, iż kalomel działa korzystnie w przypadkach lekkich, któreby zeszły i pod wpływem środków obojętnych, jak saméj soli kuchennéj i sądzi także, że pierwszy przytoczony przypadek Wicherkiewicza po 10 dniach byłby pod wpływem innéj kuracyi nie mniéj korzystnie się przedstawiał.

Następnie kol. Wicherkiewicz przedstawia 6-letnią pacyjentkę dotkniętą brudnicą (rupia). Dziewczę to źle odżywione, wątłe, przeszło poprzednio ciężką formę żarnic, na które chorowało przeszło 14 tygodni umieszczone w jednym z tutejszych szpitali, a w następstwie żarnic dostało ropnego zapalenia ucha środkowego, dla któregoto właśnie matka dziecka zasięgała rady Wicherkiewicza. Przy badaniu, które nie wykazało żadnych objawów kiły wrodzonéj, uderzały wysokie stożkowate strupy rozrzucone po całém prawie ciele z wyjątkiem twarzy i szyi, najwięcéj zaś było ich na kolanach i stopach. Po zdjęciu tych strupów, w niektórych miejscach widać już zasychającą i zabliźniającą się skórę, w innych natomiast utratę tkanki z ropną wydzieliną i ostremi brzegami. Po zdjęciu niektórych strupów następowało znaczne krwawienie.

W dyskusyi nad tym przypadkiem, który W. uważa za brudnicę wystającą *(rupia prominens)*, powstałą w następstwie żarnic u dziecka bardzo źle odżywionego, podaje kol. Preibisz, że w okresie, w jakim obecnie stan skóry się znajduje, rozpoznanie brudnicy nie dość jest pewném, w żadnym jednak razie ta postać brudnicy nie jest kiłową.

Nawiązując do wykładu kol. Chłapowskiego z przeszłego posiedzenia, wspomina kol. Kaczorowski, że obecnie w zakładzie Sióstr Miłosierdzia znajduje się 5 chorych takiémże porażeniem zwrotném dotkniętych.

I. Mężczyzna lat 45, który już w miesiącu maju pierwszy raz zgłosił się był do Zakładu z powodu osłabienia w nogach, z wielką tylko trudnością pozwalającego mu chodzić i z powodu trudności w oddawaniu moczu. Ruchy dolnych odnóg okazały się bardzo ociężałemi, czucie prawidłowe, tak samo jak odruchy ścięgniste. Pęcherz nie wypróżnia się dokładnie, mianowicie rano, mocz prawidłowy. Wypróżnienia jelita nieregularne, zaparcie na przemian z rozwolnieniem, w odbycinach dużo śluzu, czasem z krwią zmięszanego. Na ostatnim szczególe oparto rozpoznanie porażenia zwrotnego, wywołanego podrażnieniem grubego jelita, podawano choremu co 3 dni coraz mniejsze dawki olejku rącznikowego i przeprowadzono dyjetę mleczną przez 4 tygodnie, poczém zwolna do innych pokarmów pozwolono mu przechodzić. Po 6 tygodniach chory wyszedł zupełnie zdrów i z prawidłowym ruchem odnóg dolnych. W październiku r. b. powrócił do Zakładu,

żaląc się na te same niedomagania, a szczególniéj na większą jeszcze oporność pęcherza moczowego. Wzięty znowu na tę samą kuracyję, coraz lepiéj już chodzi, a mocz bez żadnéj trudności oddaje.

II. Dziewczyna lat 33, odbywszy poród przed 5 laty w bardzo niekorzystnych warunkach, od tego czasu czuła coraz bardziéj wzmagającą się niemoc w dolnych odnogach, szczególniéj krótko przed mającą się zjawić miesiączką, tak że nareszcie niezdatną była do pracy, prócz tego czuła trochę rwania i rodzaj mrówienia w obu odnogach, przeważnie w stopach. Ruchy dolnych odnóg bardzo słabe, czucie trochę przytępione, mianowicie w stopach, odruchy swobodne, macica bardzo powiększona, opadła, szyjka jéj otwarta, tak że palec w nią włożyć można, miesiączkowania bardzo obfite i częste. Upatrując porażenie zwrotne na tle niedostatecznego zwinięcia macicy, zalecono sporysz, częste przeczyszczania, nareszcie celem przyspieszenia inwolucyi macicy przyżegnięto usta maciczne żegadłem Paquelina, poczém wraz z coraz bardziéj malejącą macicą coraz więcéj przybywało siły w dolnych odnogach, a mrówienie prawie całkiem już ustało.

III. Dziewczyna 26-letnia, od roku na dotkliwe bolesci nad nad kością łonową (*neuralg. n. pudend.*) narzekająca i sama do nieprzezwyciężonego samogwałtu przyznająca się, zaczęła tracić władzę w dolnych odnogach, tak że stojąc zaledwie bez oparcia na nogach utrzymać się zdoła, drżąc cała a chodząc, co w ogóle z wielkim tylko mozołem udaje się, podryguje jak ptak. Kąpiele, galwanizacyja mały dotychczas sprawiły postęp ku lepszemu w jéj niemocy i jak się zdaje, głównie dla tego, ponieważ wygórowane podrażnienie płciowe nie daje się poskromić.

IV. Dziewczyna 24-letnia, od 4 lat z wielką trudnością posuwająca się na nogach, w których, oprócz bolów głównie w stawach odzywających się, czuje niemoc jak gdyby u nich wielkie ciężary zawisły. Miesiączka u niéj bardzo nieregularna, pozory wszelkie samogwałtu, jakkolwiek chora się doń przyznać nie chce. Czucie, odruchy ścięgniste prawidłowe, po zastosowaniu kąpieli i galwanizacyi widać powolny postęp w zdrowiu, bóle powoli ustają, a siła ruchowa odnóg się wzmaga.

V. Dziewczyna lat 26, od 2 lat po utracie miesiączki popadła w porażenie z ustawicznym przykurczem (*contractura*) dolnych odnóg i dolnéj części tułowia, niedozwalającym żadnego samodzielnego ruchu niemi wykonać, z bardzo rzadkiemi i krótkotrwałemi zwolnieniami, na przemian w jednéj a tém silniejszy skurcz w drugiéj odnodze wywołującemi. Przytém *spasmus sphincterum vesicae urinariae et recti, suspicio masturbationis, cystitis.* Ile razy gnicie moczu zwiększy się (odczyn amoniakalny), skurcze odnóg potęgują się. Powolne polepszenie porażenia pod wpływem kąpieli, galwanizacyi i żelaza z sporyszem i leków przeciwko nieżytowi pęcherza zwróconych. W tym przypadku porażenie prawdopodobnie wyszło drogą zwrotną od narządu płciowego, a dopiero późniéj zajęcie pęcherza nowéj dodało podniety rdzeniowi pacierzowemu w objawie przykurczu.

Dr Wicherkiewicz.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. G. Frank: O wągliku. Przyczynek do nauki o miejscowém i czasowém usposobieniu.

Według Pettenkofera cholera, a według Buhla dur brzuszny, ma zostawać w odwrotnym stosunku do stanu wody gruntowéj. Im więcéj ta opada, tém częściéj pojawiają się rzeczone choroby i na odwrót. W ostatnich latach zaliczono do szeregu chorób zależnych od stanu wody gruntowéj także wąglik. Przeciwko téj teoryi jako jednostronnéj, zatém niedostatecznéj, wystąpił Koch i jego szkoła. Że cholera może wybuchnąć w jakiéjś miejscowości bez wszelkich wpływów gruntu, na to miał Koch dowód w swojéj pracowni, kiedy pomiędzy jego uczniami pojawiły się przypadki cholery po zarażeniu się przypadkowém prątkami cholerycznemi sztucznie w jego pracowni hodowanemi, zatém prątkami, które nie miały żadnéj styczności z gruntem. I dla wąglika dowiódł Koch, że prątki jego nie dają się hodować w ziemi ogrodowéj, w ziemi zebranéj z brzegu rzek obfitującéj w próchnicę, ani téż w mule rzecznym lub błocie wziętym z drogi. Dla udowodnienia zaś, że przypadki wąglika mogą się wydarzać bez wpływów gruntu, nadarzyła się następująca enzoocyja wąglikowa.

W pewnéj oborze w Poznańskiém panował wąglik przez lat 60 pomiędzy owcami, a kiedy zamiast nich chowano rogaciznę, pomiędzy ostatnią. Zazwyczaj panowała ta zaraza wtedy, kiedy bydło było skazane na paszę w stajni. W ostatnich trzech latach zapadło na nią jedynie to bydło, które stało w téj saméj stajni. To obudziło uzasadnione podejrzenie, że przyczyna jéj musi tkwić albo w paszy, którą bydłu podawano, albo w polepie, na któréj pasza była złożona. Przesłane próbki tak paszy jak i polepy do pracowni Kocha badano na prątki wąglikowe, tak na drodze hodowli, jak i zarażenia. W paszy wcale ich nie znaleziono, przeciwnie w polepie. Po tym wyniku badania daje się tłumaczyć wybuchająca enzoocyja wąglikowa w rzeczonéj oborze od czasu do czasu w ten sposób, że kiedy spodnie warstwy paszy dobywano z polepy, poruszano ją i z niéj razem z paszą przenoszono zarodniki grzybka wąglikowego. Grzybki zaś wąglikowe dostały się na polepę, kiedy pastuch skradł owcę padłą skutkiem wąglika, zdejmował z niéj skórę nad stajnią na téjże polepie a następnie skórę nad tą stajnią suszył. Utrzymywały się przeto przez lata zarodniki wąglikowe na polepie nie pozostając wcale w styczności z gruntem i nie zależąc wcale od wpływów wody gruntowéj i od czasu do czasu, kiedy z paszą dostawały się do przewodu pokarmowego u bydła sprowadzały właściwe sobie chorobowe zmiany. (*Zeitschrift f. Hygiene*, 1886, I. T. III. zeszyt,). *Dr. Buszek.*

Lépine: O pożytku łączenia istot przeciwgnilnych.

Prof. Lépine robił doświadczenia i zaleca wstrzykiwania przeciwgnilne śródmiąższowe do wnętrzności a w szczególności do płuc u chorych na gruźlicę. Dawki istotnie przeciwgnilne są jednak czasem zanadto drażniącemi narząd, i tak rozczyn sublimatu 1 na 30.000 wstrzyknięty do tkanki płucnéj u psa sprawia zator. Lépine sądzi, że łącząc w jednym rozczynie kilka środków przeciwgnilnych w słabych dawkach można oczekiwać, iż działanie przeciwgnilne wzmoże się, gdy drażniący wpływ nie wzrośnie w tym samym stosunku.

Doświadczenie stwierdziło to przypuszczenie. Mięszanina następna, w któréj każdy środek znajduje się w tak słabéj dawce, iż sam przez się nie zdołałby powstrzymać rozwoju *bacillus subtilis* w zupełności kładzie tamę rozwojowi tego prątka, a nadto nie sprawia żadnego zadrażnienia w miejscu wstrzyknięcia.

L. przepisuje: Na 100 grm. wody sublimatu 1 mlgr., kwasu fenylowego 10 ctgrm., kw. salicylowego 10 ctgm., kw. będźwinowego 5 ctgr., chlorku wapna 5 ctgr., bromu 10 mlgr., wodobromianu chininu 20 ctgr., chloroformu 20 ctgr.

Być może, że taka mięszanina niszczy może protoorganizmy o różnéj żywotności, a których oporność na wpływ jednego środka przeciwgnilnego jest zmienną. Rozczynu tego możnaby używać w wielu razach do przemywania ran, przepłukiwania jam. (*Revue de médecine*, 1886, str. 784).

Dr. Grabowski.

○ Projekt ustawy o pomocy w czasie choroby u robotników, nad którym obecnie toczą się w Izbie deputowanych rozprawy, dotyczy z bliska interesów lekarzy, zwłaszcza po wsiach. Ponieważ projekt wspomniany nie określa, w jaki sposób utworzyć się mające kasy powiatowe członkom swym pomoc lekarską zapewnić mają, obawiać się przeto można, że czynności powie-

rzone zostaną temu lekarzowi, który się ich za tańsze wynagrodzenie podejmie. Takie urządzenie istnieje w Państwie niemieckiém, dając pole do różnych niesnasek i nieporozumień między lekarzami. U nas podobne stosunki nastać mogą. Jedynym bowiem paragrafem wzmiankowanego projektu dotyczącym stosunku członków kasy chorych a lekarzy jest §. 56 stanowiący, iż kasy uwolnić się mogą od obowiązku zapewnienia pomocy lekarskiéj i dostarczania środków lekarskich chorym swym członkom, podnosząc o połowę kwotę, jaką chorym wypłacają. Związek austryjackich towarzystw lekarskich całkiem słusznie podnosi w podaniu do Izby deputowanych niestosowność tego, albowiem nieznaczna ta kwota wystarczy zaledwo na pokrycie kosztów apteki a nie na pomoc lekarską. W imie zatém ludzkości będą lekarze zniewoleni leczyć darmo członków kas dla chorych lub też chorzy nie będą zasięgać pomocy lekarskiéj, którą mają sami opłacać, chyba w niebezpieczeństwie życia, a i to nie zawsze. Na têm ucierpią także kasy dla chorych, w których interesie leży, aby chorzy jak najrychléj mogli być do pracy zdolnymi. Rozwiązanie téj zawiłéj sprawy winna zatém sama ustawa podać, a to stanowiąc, że kasy obowiązane są udzielać chorym pomocy utrzymując stale lekarzy i płacąc im oznaczone wynagrodzenie za każdego członka kasy. Oto punkt wyjścia z pożytkiem dla kas a z godnością dla stanu lekarskiego. Niesłusznym też na dzisiejsze czasy jest §. 21 projektu, mocą którego kasy tym członkom, którzy się nabawili choroby przez „wybryki płciowe“, w całości lub częściowo zapomogi odmówić mogą.

○ Sprawa urządzenia pospolitego ruszenia zajmuje obecnie w Austryi umysły wszystkich. Lekarzy dotyczy ona prócz innych względów w tym także kierunku, czy w razie powołania będą oni pełnić służbę jako lekarze? W myśl ustawy nie ulega to wątpliwości, choć wyraźnie tego postanowienia ustawa nie mieści, nasuwa się atoli inne pytanie, w jakim charakterze będą oni do służby zaliczeni, czy jako oficerowie (urzędnicy wojskowi)? Redakcyja *Wien. med. Presse* zasięgała w tym względzie wiadomości u władz kompetentnych i upoważnioną została do podania następujących wyjaśnień:

1) Lekarze, którzy poprzednio służyli w wojsku lub w obronie krajowéj jako oficerowie i po spełnieniu służby wojskowéj z wojska wystąpili, mogą być do spisów obrony krajowéj zaciągniętymi z zastrzeżeniem do służby w pospolitém ruszeniu, jeżeli się o to zgłoszą.

2) Lekarzom obowiązanym do pospolitego ruszenia, którzy w wojsku nie służyli lub też w tymże stopnia oficerskiego nie uzyskali, radzi się zawczasu wnieść podanie do urzędów politycznych I instancyi, aby ich w pospolitém ruszeniu na lekarzy starszych przeznaczono. Do podania dołączyć należy: dowód przynależności (*Heimatsschein)*, dyplom i (w Cislitawii) rewers, że obecnie nie należą do żadnego tajnego stowarzyszenia i na przyszłość nigdy do takiego nie wstąpią.

○ Towarzystwo ochrony stanu lekarskiego. Na II Zjeździe lekarzy rosyjskich, który się niedawno odbył, wniósł Dr. Ebermann projekt zawiązania Towarzystwa ochrony stanu lekarskiego i pieczy nad jego rozwojem, oraz wzór statutu. Celem Towarzystwa ma być ochrona praw stanu lekarskiego w ogóle a w szczególności członków, materyjalna pomoc nieszczęsnemi przypadkami nawiedzonych kolegów i ich rodzin, zakładanie przytułków dla niezdolnych do pracy lekarzy oraz wdów i sierot po nich, jak również zakładanie szkół dla sierot po lekarzach. Dalsze cele Towarzystwa stanowi: urządzenie sądów rozjemczych w razach nieporozumień między lekarzami lub lekarzami a publicznością, w końcu popieranie Rządu w tłumieniu partactwa. Towarzystwo ma obejmować wszystkich lekarzy całego państwa, mieć główną siedzibę w Petersburgu a wydziały miejscowe w miastach gubernijalnych.

Towarzystwo to ma wiele podobieństwa z zamierzoną i projektowaną organizacyją stanu lekarskiego i Izbami lekarskiemi w Austryi, które nie mogą się doczekać rozpatrzenia i uchwały w Radzie państwa.

○ Rozpadliny w kątach ust u dzieci. Rozpadliny bolesne i uporczywe w kątach ust są nader częste w każdéj porze roku u małych dzieci, zwłaszcza u uczniów niedbałych i nieochędożnych. W Limoges na 5.500 dzieci uczęszczających do szkoły początkowéj było 812 dotkniętych, czyli 1 na 17. Lemaistre wykrył, że przyczyną tego cierpienia i uporczywego utrzymywania się jest prątek kulisty, który nazwał *Streptococcus plicatilis*, udało mu się odosobnić go i rozmnożyć przez hodowle, wykrył go w rowkach i załamkach kubków, naczyń nieczystych i wiaderek, z których zazwyczaj w szkołach źle utrzymanych uczniowie piją. L. przytacza przypadki, w których zarażenie jest widoczne, jak równie i to, że cierpienie szerzy się przez wspólne kubki, które pierwotnie chory zakazi, że cierpienie ustaje, skoro uczeń do szkoły uczęszczać zaprzestanie, a pojawia się na nowo, gdy do szkoły powróci. Lemaistre zaleca używanie boraksu, hałunu, siarkanu miedzi, środków przeciwgnilnych i ściągających przez czas dłuższy. Zaleca, gdy cierpienie pojawi się w szkole, wypalić wiaderka i kubki drewniane kilku łuczywami palącemi się lub też zanurzyć je w wodzie wrzącéj. *(Rev. d'hyg.*, 1887, Nr. 1).

○ Leczenie cuchnącego potu nóg. Fredericq (*Journ. de med. et de chir.*) zaleca posypywanie nóg przed pójściem spać delikatnie sproszkowanym kwasem winnym (*ac. tartrique*). Należy rozpocząć od małych ilości, pół łyżeczki od kawy na obie nogi, inaczéj bowiem ból nastaje. Powoli zwiększa się dawkę. Nagle skóra twardnieje a wydzielanie ustaje, nie pojawiając się w innych miejscach. Leczenie należy wytrwale prowadzić choć z przerwami.

Stewart (*Edinbourgh med. Journ.*) zaleca następujący sposób leczenia: Myją się nogi wodą ciepłą. Pomazuje przez kilka minut zgęszczonym (1%) nadmanganianem potasowym, poczém dozwala się nogom obeschnąć. W następnych dniach nastaje zupełne złuszczenie przyskórka w ten sposób zgarbowanego. Na ten czas powleka się paski wąskie płócienne warstwą maści plastra ołowiowego Hebry i zakłada się tę opaskę od wielkiego palca aż do kostek. Każdy wielki palec należy oddzielnie obandażować. Opaski zmienia się co 12 godzin przez dni 10 do 16, stosownie do grubości przyskórka. Prawie zawsze woń o wiele się zmniejsza poczynając od 3 dnia, a 9 lub 10 dnia prawie się czuć nie daje. Cuchnąca woń znika w miarę wytworzenia się nowego przyskórka, które zaledwie kończy się w 3 lub 4 tygodniu.

Stanowiłoby to jeden dowód więcéj, że cuchnienie jest wynikiem zagnieżdżenia się w przyskórku rozpulchnionym przez pot pierwiastka żywotnego; zniszczenie jedynie głębokich warstw przyskórka i oprawa antiseptyczna powstrzymują rozwój pasorzytu. W jednym przypadku powtarzane pomazywania silnym roczynem nadmanganianu zmniejszyły wprawdzie cuchnienie ale nie ilość potu, która pozostała wielką, nawet po zupełném wytworzeniu się na nowo przyskórka, po spryszczeniu nastojem kantarydowym z chloroformem. W tym przypadku zawiódł także podazotan bizmutowy i zaszła konieczność uwolnienia z wojska dotyczącego chorego. *(Rev. d'hyg.* 1887, Nr. 1).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 20—26 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27,1. Z błonicy i dławca umarło 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 2 (1 z. t.); z gruźlicy 9 (9 z. t.); z zapalenia płuc 0 (7 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy, 3 krztuśca, 3 duru osutkowego ze wsi, 1 róży. W tygodniu od 13—19 lutego zmarło z ospy: w Budapeszcie 26, w Warszawie i Petersburgu po 9; w Pradze 8, w Rzymie 28, w Wenecyi 2, w Paryżu 7. Z duru powrotnego umarło: w Petersburgu 4. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 7, w Hamburgu 10, w Paryżu 29, w Petersburgu 17. Z odry umarło: w Paryżu 62, w Londynie 35. Z płonicy umarło: w Wiedniu, Budapeszcie i Chrystyjanii po 8; w Londynie 13. Z błonicy i dławca umarło: w Berlinie 29, we Wrocławiu 12, w Dreźnie 9, w Hamburgu 22, w Wiedniu 8, w Budapeszcie 14, w Paryżu 35, w Londynie 31, w Amsterdamie i Chrystyjanii po 8. Z krztuśca umarło: w Paryżu 13, w Londynie 41, w Liwerpolu 14, w Kopenhadze 12.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 13—19 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,2; we Lwowie 42,9; w Brodach 33,1; w Drohobyczu 63,1; w Kołomyi 36,4; w Przemyślu 58,2; w Stanisławowie 65,8; w Tarnopolu 31,0; w Tarnowie 36,7; w Czerniowcach 32,3; w Warszawie 24,3; w Poznaniu 35,3; w Wiedniu 30,3; w Salcburgu 31,2; w Gracu 37,4; w Tryjeście 42,0; w Insbruku 28,3; w Pradze 43,9; w Bernie 35,2; w Ołomuńcu 25,6; w Opawie 14,2; w Berlinie 20,9; we Wrocławiu 25,5; w Gdańsku 31,2; w Dreźnie 20,7; w Hamburgu 30,7; w Kolo-

nii 20,9; w Lipsku 23,2; w Mnichowie 23,3; w Strasburgu 25,0; w Amsterdamie 23,4; w Brukseli 30,4; w Budapeszcie 36,6; w Chrystyjanii 27,8; w Kopenhadze 27,4; w Londynie 19,3; w Odesie 29,2; w Paryżu 27,0; w Petersburgu 32,6; w Rzymie 34,5; w Stokholmie 21,5; w Wenecyi 29,3; w Wiedniu 28,4.

VII. Wiadomości bieżące.

† Dr. Ferdynand Arlt,

c. k. Radca Dworu, wysłużony Profesor okulistyki w Uniwersytecie wiedeńskim, Członek honorowy Tow. lekarskiego krakowskiego itd. itd.

urodzony d. 18 kwietnia 1812 r. w Obergraupen pod Cieplicami czeskiemi, umarł d. 7 marca 1887 r. o godz. 2éj popołudniu w Wiedniu po wielomiesięcznéj chorobie.

Składając niniejszém hołd pamięci zgasłego profesora, któremu nauka tyle zawdzięcza, a którego asystenci zajmują liczne katedry tak w państwie austro-węgierskiém, jak i poza jego granicami, nie omieszkamy w następnym numerze skreślić znaczenie zmarłego jako nauczyciela i uczonego.

(S.) **Kraków** d. 10 marca. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. przyjęto do wiadomości rezygnacyję prezesa Tow. i według statutu naznaczono wybór nowego prezesa na przyszłe posiedzenie. Redaktora Przeglądu Lekarskiego prof. Blumenstoka wybrano jednogłośnie członkiem honorowym Towarzystwa w uznaniu zasług, położonych około Przeglądu Lekarskiego. Następnie przedstawił prof. Adamkiewicz chorego wyleczonego z nerwobólu za pomocą kataforezy; Dr. Łucki z Oświęcimia podał opis rzadkiego przypadku chirurgicznego, operowanego w tutejszéj klinice chirurgicznéj, objaśniając swój wykład preparatami; doc. Jaworski okazał nową pompę żołądkową; prof. Korczyński okazał kapsułki nitrogliceryn owe aptekarza Mutniańskiego, które Towarzystwo uchwaliło polecić do użytku leczniczego; wreszcie doc. Jaworski zdał sprawę z badań kefiru wyrobu aptekarza Sobierajskiego w Krakowie.

— Drugi zeszyt czwartego roku *Wiestnika* prof. Mierzejewskiego, który mamy przed sobą, dorównywa w zupełności rocznikom poprzednim, tak pod względem objętości, jak i wartości naukowéj prac oryginalnych. Zawiera on następujące rozprawy: Z dziedziny psychijatryi: 1) Dra Korsakowa: O zaburzeniach psychicznych, towarzyszących porażeniom u opilców, oraz o stosunku tych zaburzeń do rozstroju umysłowego, spostrzeganego w nerwobólach przyrody nieopilczéj. 2) Dra Greidenberga: Morderstwo dokonane pod wpływem przerażających omamów i obłędu prześladowczego, będącego następstwem przewłocznego opilstwa. 3) Dra Tomaszewskiego: Przyczynek do patologii idijotyzmu. Z dziedziny newropatologii: 1) Dra Korniłowa: *Ophthalmoplegia externa.* 2) Prof. Dra Bechtierowa: O budowie przodkowéj szypułki móżdżku. 3) Drów Szatiłowa i Nikiforowa: Przypadek rozlanego naczyniomięsaka opony miękkiéj rdzenia i mózgu. Dział krytyki i biblijografii zawiera sprawozdania z 22 prac, ogłoszonych w różnych europejskich językach. *Wiestnik* zjednał sobie prawo obywatelstwa w specyjalnéj literaturze europejskiéj; prace w nim ogłaszane noszą cechę poważnych oryginalnych badań; redakcyja sumienna i nadzwyczaj dbała. W rzędzie wydawnictw psychijatrycznych i newropatologicznych *Wiestnik* zajmuje naczelne miejsce i jest dla specyjalistów czasopismem nieocenionéj wartości. *Dr. Kw.*

* Otrzymaliśmy 1szy zeszyt miesięcznika, wychodzącego w Jassach p. t. *Bulletin de la Societé des médecins et naturalistes de Jassy* w dwóch językach: rumuńskim i francuskim. Komitet redakcyjny składa się z 6 członków, między którymi znajduje się i Dr. Otremba, krakowianin i uczeń uniwersytetu jagiellońskiego. Redakcyja ma zapewnione poparcie ze strony towarzystw w Jassach istniejących: lekarskiego, wojskowo-lekarskiego i farmaceutycznego, oraz nowopowstającego Wydziału lekarskiego; niemniéj jednak wzywa i siły obce do uczestnictwa. Zeszyt 1szy zawiera rozprawy następujące: prof. Cobaleasco: o źródłach mineralnych w Calineonasti i Cacilata; Dr. Konya: Rozbiór źródła Aleksandra w Slanicach; prof. terapii w Jassach Dr. Rizu: Otrucie człowieka dorosłego bardzo małemi dawkami chininu; Dra Juliano: O wpływie charłactwa bagiennego na bieg cierpień wenerycznych i kiłowych.

* **Warszawa.** W skutek prawa obowiązującego w uniwersytetach rosyjskich proff. dziekan Brodowski i Pląskowski, po wysłużeniu lat 25, poddani zostali balotowaniu, w skutek którego prof. Brodowski pozostaje na katedrze przez następnych lat 5, prof. Pląskowski zaś przechodzi w stan spoczynku (*Gaz. Lek.*).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Dr. Onodi habilitował się jako docent embryjologii. — **Praga czeska.** Prof. Heubner z Lipska przyjął ofiarowaną sobie katedrę pedyjatryi w Wydziale niemieckim.

* **Mianowania.** Lekarz powiatowy w Ołomuńcu, radzca cesarski Dr. Robert Schoefl, mianowany został radzcą Namiestnictwa i krajowym referentem spraw sanitarnych przy Namiestnictwie morawskiém w Bernie.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Kaden, po odbyciu praktyki w klinice prof. Widerhoffera w Wiedniu, mianowany został sekundaryjuszem w szpitalu dzieci św. Zofii we Lwowie.

* **Nekrologija.** W Tuluzie umarł prof. anatomii Bonamy.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 10: Rejchmana: O miejscowym wpływie chlorku sodu na wydzielanie soku żołądkowego; Czadowskiego: Wytłaczanie płodu przy wydobywaniu go kleszczami; Ziemińskiego: Podmiotowe oznaczenie statycznéj refrakcyi oka za pomocą retinoskiaskopii; (dok.). — W *Medycynie* Nr. 10: Zagórskiego: Przyczynek do kazuistyki nietypowych owaryjotomij; Gluzińskiego: O leczeniu żółtaczki nieżytowéj sposobem Krulla; Trzcińskiego: O leczeniu przymiotu za pomocą głębokich podskórnych wstrzykiwań żółtego tlenku rtęci (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. BOGDANIK: Lebensdauer u. Sterblichkeit in Biala auf Grundlage der Auszüge aus d. Sterbematrikeln in d. Jahren 1875—1884, Bielitz 1887, in 8vo, str. 24.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.